



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso académico 2017/2018

TRABAJO FIN DE GRADO

**Plan de cuidados al paciente en rehabilitación
que ha sufrido un ictus**

-

**Care plan for the patient in rehabilitation who
has suffered a stroke**

Autor: Luis García Auría

Director: Raquel Belio Samitier

ÍNDICE

1. Resumen/Abstract.....	3
2. Introducción.....	5
3. Objetivos	9
4. Metodología	10
5. Desarrollo	12
6. Conclusiones	21
7. Bibliografía.....	22
8. Anexos	25

RESUMEN

Introducción

La enfermedad cerebrovascular o ictus representa la tercera causa de muerte en el mundo occidental además de un importante condicionante de discapacidad, con el gran impacto económico que esto conlleva. Además del tratamiento fibrinolítico en el ictus isquémico es de vital importancia el tratamiento rehabilitador, tanto para el ictus isquémico como para el hemorrágico, con el fin de que la persona afectada pueda recuperar la mayor funcionalidad posible.

Objetivos

El objetivo principal es elaborar un plan de cuidados estandarizado, en atención primaria, para el paciente afectado por un ictus que se encuentra en proceso de rehabilitación.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de la búsqueda de artículos en numerosas bases de datos. Además, se ha consultado la terminología NANDA, NIC y NOC para la elaboración de diagnósticos, objetivos e intervenciones para la realización del plan de cuidados.

Conclusiones

Se obtiene la conclusión de que el personal de enfermería tiene la capacidad de intervenir para reducir y/o evitar las secuelas psicosociales que el ictus provoca en las personas afectadas; utilizando siempre como método de actuación planes de cuidados como el expuesto en este trabajo.

Palabras clave

Ictus, accidente cerebrovascular, rehabilitación, cuidados de enfermería, intervención psicosocial, proceso enfermero.

ABSTRACT

Introduction

Cerebrovascular disease or stroke represents the third cause of death in the western world as well as an important determining factor for disability, with the great economic impact that this implies. In addition to fibrinolytic treatment in ischemic stroke, rehabilitation treatment is really important, both for ischemic and hemorrhagic strokes, so that the affected person can recover the most possible functionality.

Objectives

The main aim is to create a standardised care plan, on primary care, for the patient affected by a stroke that is in rehabilitation process.

Methodology

A literature review has been carried out through the research of articles in many databases. Furthermore, the terminology NANDA, NIC and NOC have been consulted for the preparation of diagnoses, objectives and interventions for the care plan realization.

Conclusions

We obtained the conclusion that the nursing staff has the capacity to take part to reduce and/or avoid the psychosocial consequences that the stroke causes in the affected persons; always using as work method care plans such as the one presented in this essay.

Key words

Stroke, rehabilitation, nursing care, psychosocial intervention, nursing process.

INTRODUCCIÓN

El término ictus se refiere a la enfermedad cerebrovascular aguda y engloba de forma genérica a un grupo de trastornos que incluyen la isquemia cerebral, la hemorragia intracerebral y la hemorragia subaracnoidea. Se clasifican según su naturaleza en isquémicos y hemorrágicos. La gran mayoría, aproximadamente el 80%, son de naturaleza isquémica¹.

En los de tipo isquémico, producidos como consecuencia de la falta de aporte sanguíneo al encéfalo¹, el tejido que rodea al centro del infarto sufre de isquemia, pero su disfunción, generalmente, es reversible y por ello se le conoce como zona de penumbra isquémica. Si no se producen cambios en la irrigación, finalmente la penumbra isquémica culminará en un infarto y por este motivo el objetivo de la revascularización es salvar la penumbra isquémica².

Los hemorrágicos son originados por la extravasación de sangre en el interior del parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo, como consecuencia de la rotura espontánea, no traumática, de un vaso sanguíneo, arterial o venoso, por diversos mecanismos¹. El diagnóstico diferencial de la enfermedad vascular cerebral se basa fundamentalmente en una anamnesis y una exploración física detallada³.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades cerebrovasculares agudas o ictus representan la tercera causa de muerte en el mundo occidental⁴. Anualmente 15 millones de personas en el mundo sufren un ictus; de éstas, 5 millones mueren y otros 5 millones sufren una discapacidad permanente como consecuencia del ictus, lo cual repercute de forma muy significativa en las familias y la sociedad⁵.

En España, la dimensión epidemiológica del ictus, así como sus consecuencias sanitarias, sociales y económicas son de gran importancia¹. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el ICTUS fue en 2016 la primera causa de muerte en el género femenino y la segunda en el masculino en España. La incidencia global en España del ictus se estima que puede oscilar entre 120-350 casos por 100.000 habitantes/año⁶.

Además, el ictus es el condicionante más importante de discapacidad permanente en el adulto, la segunda causa de demencia tras la enfermedad de Alzheimer, y el motivo más frecuente de hospitalización neurológica, constituyendo alrededor del 70% de los ingresos en los servicios de neurología¹. En la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE 1999), se observó que en el 13% de las personas con dependencia, ésta está causada por la enfermedad cerebrovascular, y de aquéllas, un tercio presentaba un grado de dependencia moderada; el 50%, dependencia grave, y el 16%, dependencia absoluta⁷.

Se trata de una situación de urgencia, donde cada minuto que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta que se instaura el tratamiento es fundamental (patología tiempo-dependiente). A medida que pasa el tiempo las posibilidades de recuperación se reducen¹. Por esto se beneficia de una atención temprana, una actuación rápida y eficaz puede salvar la vida del paciente y minimizar lesiones a medio/largo plazo⁸.

Ante un paciente con sospecha clínica de ictus se debe realizar una evaluación general y neurológica lo más rápidamente posible, y si reúne criterios de activación de código ictus, se procederá a la activación para decidir el tratamiento dentro los 60 primeros minutos tras la llegada del paciente al Servicio de Urgencias del Hospital⁹.

El Código Ictus (CI) es un sistema coordinado que permite la rápida identificación, notificación y traslado prioritario de los pacientes con ictus agudo al centro de referencia de ictus más cercano, capacitado para realizar el tratamiento de revascularización en caso necesario⁹. Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en la identificación precoz de los síntomas cuando el ictus ocurre de forma intrahospitalaria, logrando con esta evaluación temprana poder aplicar tratamiento específico en las primeras horas¹⁰. De igual manera es esencial la observación continua de los profesionales enfermeros del paciente ingresado para detectar y corregir precozmente los factores que puedan agravar la situación¹¹. El control de la presión arterial, por ejemplo, es fundamental para evitar la hipo-perfusión de las ramas distales de las arterias perforantes¹². Además, se busca la

normalización desde el inicio de los parámetros de glucosa, temperatura y saturación¹³.

Es por eso, que los principales objetivos de la activación de un código ictus, sean la atención temprana del paciente, para disminuir el tiempo entre el inicio del ictus y el acceso a un diagnóstico y tratamiento especializados, para que se beneficie, si así procede, de la administración del tratamiento trombolítico intravenoso, cuyo objetivo es lisar el trombo formado que produce la isquemia, y así preservar la integridad de las neuronas que aún no tienen un daño irreversible (área de penumbra), además del ingreso en una unidad de ictus⁹.

Actualmente la trombólisis intravenosa con rTPA (activador tisular del plasminógeno) es el único tratamiento trombolítico aprobado para el ictus de menos de 4-5 horas de evolución, en aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión establecidos y sin contraindicaciones para el mismo. Además, se ha demostrado la eficacia de la trombólisis con rTPA en todos los subtipos etiológicos del ictus isquémico¹⁴.

La identificación de los factores de riesgo permite establecer estrategias y medidas de control en los sujetos que todavía no han padecido la enfermedad (prevención primaria), o si ya la han presentado evitar o reducir el riesgo de recidivas (prevención secundaria). Los estudios epidemiológicos han establecido un gran número de FR para el ictus , lo que refleja la heterogeneidad de este síndrome¹ (Anexo 1).

La rehabilitación del paciente con ictus es un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos que tienen como finalidad fundamental tratar y/o compensar los déficits y la discapacidad para conseguir la máxima capacidad funcional posible en cada caso, facilitando la independencia y la reintegración al entorno familiar, social y laboral. El programa rehabilitador del ictus es un proceso complejo que requiere un abordaje multidisciplinario de las deficiencias motoras, sensoriales y/o neuropsicológicas existentes. Los equipos de atención primaria, tanto sanitarios como sociales, deberán estar informados en la medida que les afecte el seguimiento del caso. Es de especial interés la función de la enfermería para asegurar la transferencia

correcta de los cuidados y manejo del paciente a los servicios comunitarios tras el alta hospitalaria¹⁵.

JUSTIFICACIÓN

Las personas que sufren un ictus, sea del tipo que sea, padecen una serie de secuelas que pueden llegar a ser muy invalidantes en el tiempo. En la mayoría de los casos estos pacientes requieren numerosos medios de apoyo para llevar a cabo la rehabilitación como proceso de recuperación de su funcionalidad habitual. El profesional de enfermería puede desempeñar un papel clave en la atención primaria en el ámbito de intervención psicosocial, así como en la educación del paciente o en el manejo de la ansiedad que producen los cambios en la vida de la persona. Por este motivo es importante el conocimiento por parte de los profesionales enfermeros de los principales diagnósticos que se derivan de las necesidades de este tipo de pacientes, ofreciendo así la mayor calidad posible en los cuidados.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un plan de cuidados estandarizado para un paciente que ha sufrido un ictus y se encuentra en proceso de rehabilitación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar el nivel de conocimientos del paciente sobre causas, factores, opciones terapéuticas, así como todo lo relacionado con la enfermedad.
- Lograr controlar la ansiedad derivada de los cambios en el estado de salud que el episodio de ictus produce en el paciente.
- Proponer medios de apoyo a través de los cuales se evite el aislamiento social que el cambio vital producido puede desencadenar en el paciente.
- Mejorar el afrontamiento del proceso del paciente para así favorecer la adaptación a su situación.

METODOLOGÍA

Para la realización del plan de cuidados estandarizado, se ha realizado una revisión bibliográfica entre los meses de febrero y mayo de 2018. Las bases de datos y fuentes de información consultadas fueron: ScienceDirect, Pubmed, Cuiden, Dialnet y SCielo. También se consultaron las páginas web del Instituto Nacional de Estadística (INE), de la Organización Mundial de la salud (OMS) y de la Asociación Madrileña de Neurología (AMN).

Además, se ha utilizado la taxonomía NANDA¹⁶ (diagnósticos del paciente), NOC¹⁷ (resultados que se esperan lograr) y NIC¹⁸ (intervenciones que se llevarán a cabo). Para realizar la valoración se han empleado los patrones funcionales de M. Gordon, analizando así cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo.

Para la búsqueda de artículos se tuvieron en cuenta las siguientes palabras clave: "ictus", "ictus" OR "ACV", "ictus" AND "cuidados de enfermería", "ictus" AND "rehabilitación", "stroke treatment". En todas ellas se tuvo en cuenta que la antigüedad del artículo no fuera superior a 10 años, que estuviera disponible el texto completo y que el idioma fuera español o inglés.

FUENTES DE INFORMACIÓN	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Cuiden	"ictus" OR "ACV"	255	4
DialNet	"ictus" AND "cuidados de enfermería"	3	1
PubMed	"stroke treatment"	680	3
SCielo	"ictus" OR "ACV"	550	5
ScienceDirect	"ictus" AND "cuidados de enfermería"	10	1
	"ictus" AND "tratamiento"	192	4
	"ictus" AND "rehabilitación"	54	2

Este plan de cuidados va dirigido a aquellos pacientes adultos de ambos sexos, valorables en la consulta de enfermería de atención primaria, que han sufrido un ictus y se encuentran en fase de rehabilitación de las secuelas incapacitantes que hayan sufrido.

La elección de los pacientes a los que se aplicará el plan de cuidados se haría a través del programa informático de acceso a los historiales clínicos (OMI) de atención primaria, dichos pacientes habrán sido dados de alta hospitalaria y se encontrarán en proceso de rehabilitación (características para la inclusión del paciente en el plan de cuidados).

DESARROLLO

Este proceso de atención de enfermería se pondrá en práctica en la consulta de enfermería de atención primaria, captando a los pacientes con ictus en el período de tiempo en el que se encuentran en proceso de rehabilitación. La valoración general del paciente permitirá la identificación de problemas "reales" o de "riesgo", y la posterior planificación de las intervenciones y actividades para prevenir, mejorar o solucionar dichos problemas.

VALORACIÓN

En esta primera fase se recogen y organizan los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Estos datos obtenidos son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. En este paciente emplearemos los patrones funcionales de M. Gordon para luego formular los diagnósticos pertinentes en base a los patrones que va a tener alterados. La utilización de los patrones funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. Los patrones serían los siguientes:

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD. La propia percepción de estos pacientes sobre su estado de salud y bienestar puede estar alterada, y así también podrían estarlo sus prácticas de promoción de la salud y prevención de riesgos y su adherencia al tratamiento.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO. No se observa alteración.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN. No se observa alteración.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO. El deterioro de la capacidad motora puede limitar la actividad física y producir pérdida significativa de fuerza. Por esto, puede tener alterada su independencia para el autocuidado en muchos aspectos (alimentación, baño, aseo y acicalamiento, wáter, vestido, movilidad en cama y movilidad general). Una forma de valorar este patrón es a través de la escala Canadiense.

PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO. No se observa alteración.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL. El paciente puede presentar alteraciones sensoperceptivas. Asimismo, se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje. Una forma de valorar este patrón es a través de la escala Canadiense.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO. Este paciente puede presentar sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión. Así como expresar desagrado con su imagen corporal o autoapreciación negativa. Esto podría llevar a un fuerte conflicto de emociones. Una forma de valorar este patrón es a través del test de Hamilton.

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES. Son pacientes que pueden presentar problemas de integración, lo que les puede llevar a sufrir aislamiento social.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN. La sexualidad puede verse alterada. El paciente podría presentar algún tipo de disfunción sexual.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS. La adaptación y afrontamiento del paciente a su nuevo proceso vital pueden estar alterados, manifestada esta alteración en términos de tolerancia al estrés. Se analizarían la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. Se puede emplear la escala de Hamilton para valorar este patrón.

PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS. La situación actual puede producir cambios en cuanto a las creencias previas del paciente.

En todo este proceso utilizaremos las siguientes escalas de valoración (Anexo 2):

- Escala de Rankin modificado (Anexo 2.1). Proporciona una forma sencilla de evaluar la discapacidad¹⁹.
- Índice de Barthel (Anexo 2.2), para la valoración de la realización de las actividades de la vida diaria²⁰.
- Escala de ictus del National Institute of Health Stroke Scale -NIHSS- (Anexo 2.3). Al igual que la escala Canadiense se usa para apoyar la

exploración física y neurológica, pero en este caso valora con más precisión el déficit neurológico, así como la sensibilidad o la hemianopsia, entre otros parámetros²¹.

- Test de Hamilton (Anexo 2.4). Es una escala utilizada para valorar la gravedad de los síntomas en los trastornos depresivos²².
- Escala de Glasgow (Anexo 2.5), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona²³.
- Escala Canadiense (Anexo 2.6). Puede emplearse para apoyar la exploración física y neurológica; determina el estado mental y funciones motoras²¹.

DIAGNÓSTICOS

Una vez valorados los patrones alterados y conociendo las necesidades del paciente, vamos a obtener los siguientes diagnósticos:

1. Gestión ineficaz de la salud
2. Conocimientos deficientes
3. Ansiedad
4. Aislamiento social
5. Afrontamiento ineficaz

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud
Dominio 1: Promoción de la salud **Clase 2:** Gestión de la salud

1. **Gestión ineficaz de la salud** [00078] r/c percepción de barreras m/p decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud

NOC	NIC
<p>Orientación sobre la salud [1705]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> – Se centra en la adaptación a las situaciones de la vida – Percibe que la conducta sobre la salud es importante para sí mismo – Se centra en la prevención de la enfermedad 	<p>Facilitar el aprendizaje [5520]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente – Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente – Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes
<p>Conocimiento: prevención de la enfermedad cerebrovascular [1864]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> – Signos y síntomas de accidente cerebrovascular – Factores de riesgo de estilo de vida – Pautas de prevención de accidente cerebrovascular 	<p>Modificación de la conducta [4360]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta – Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia – Animar al paciente a que examine su propia conducta – Desarrollar un programa de cambio de conducta

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo
Dominio 5: Percepción/Cognición Clase 4: Cognición

2. Conocimientos deficientes [00126] r/c información insuficiente sobre el ictus m/p conducta inapropiada

NOC	NIC
<p>Manejo de la enfermedad cerebrovascular[1863]</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> Causa y factores contribuyentes Opciones terapéuticas disponibles Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad Importancia de completar la rehabilitación 	<p>Disminución de la ansiedad [5820]</p> <ul style="list-style-type: none"> Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación
<p>Conducta de cumplimiento [1601]</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> Analiza régimen de tratamiento prescrito con el profesional sanitario Expresa los cambios de síntomas al profesional sanitario Controla la respuesta al tratamiento 	<p>Educación para la salud [5510]</p> <ul style="list-style-type: none"> Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables
	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad [5602]</p> <ul style="list-style-type: none"> Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento Explorar recursos/apoyo posibles, según cada caso

Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto
Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés **Clase 2:** Respuesta de afrontamiento

3. Ansiedad [00146] r/c grandes cambios en el estado de salud m/p incertidumbre

NOC	NIC
<p>Afrontamiento de problemas [1302]</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> Se adapta a los cambios en desarrollo Refiere aumento del bienestar psicológico 	<p>Mejorar el afrontamiento [5230]</p> <ul style="list-style-type: none"> Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico Fomentar un dominio gradual de la situación Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente
<p>Autocontrol de la ansiedad [1402]</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad Planea estrategias para superar situaciones estresantes 	

Patrón 8: Rol-relaciones
Dominio 12: Confort Clase 3: Confort social

4. Aislamiento social [00053] r/c intereses inadecuados para la etapa de desarrollo del individuo m/p afección discapacitante

NOC	NIC
<p>Adaptación a la discapacidad física [1308]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> – Se adapta a las limitaciones funcionales – Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad – Identifica maneras para aumentar la sensación de control – Acepta la necesidad de ayuda física – Utiliza los recursos comunitarios – Refiere disminución de los sentimientos negativos 	<p>Terapia de actividad [4310]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas – Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades, según corresponda – Fomentar la participación en actividades o terapias de grupo, según corresponda
<p>Equilibrio emocional [1204]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> – Muestra control de los impulsos – Muestra interés por lo que le rodea – Expresa el seguimiento del régimen de medicación – Expresa el seguimiento del régimen terapéutico 	<p>Aumentar los sistemas de apoyo [4400]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo – Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo – Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes

Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés
Dominio 9: Afrontamiento-tolerancia del estrés **Clase 2:** Respuestas de afrontamiento

5. Afrontamiento ineficaz [00069] r/c incertidumbre m/p incapacidad para manejar la situación

NOC	NIC
<p>Adaptación a la discapacidad física [1308]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> – Se adapta a las limitaciones funcionales – Modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad – Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad – Identifica maneras para aumentar la sensación de control 	<p>Mejorar el afrontamiento [5230]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones – Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador – Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia – Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés
<p>Modificación psicosocial: cambio de vida [1305]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> – Establecimiento de objetivos realistas – Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida – Expresiones de optimismo sobre el futuro 	<p>Potenciación de las aptitudes para la vida diaria [5326]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Potenciar la motivación mediante el establecimiento de metas asequibles progresivas – Enseñar al paciente a establecer prioridades y tomar decisiones

EJECUCIÓN

En esta fase se pondrían en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos. Con todo esto debemos conseguir unos cuidados de calidad. La aplicación de los cuidados expuestos se llevaría a cabo, concretamente, en el ámbito de atención primaria, aunque cabe la posibilidad de llevarlo a cabo en el medio hospitalario.

Estos cuidados deben partir de un conocimiento profundo de los principios científicos en los que se basan, de sus efectos deseados y de los riesgos que conllevan, pero además es importante para el proceso de recuperación transmitir una actitud de ayuda.

EVALUACIÓN

El proceso de evaluación debería de realizarse al final de cada acción enfermera, por lo tanto es un proceso sistemático y continuo. En esta última fase se pretende evaluar el grado de consecución de los objetivos de cuidados fijados y la resolución/mejora de los problemas con el plan de cuidados establecido, por tanto es el objetivo el que marca el momento de la evaluación.

La evaluación sirve también para obtener datos fiables sobre la adecuación de las actividades de enfermería, en tanto que sean pertinentes y realizadas por la persona o personas adecuadas.

Además de todo esto, se detectaría la necesidad de planificar nuevos cuidados o mejorar los ya propuestos, incluso la necesidad de derivar al paciente a otro profesional.

Como medida de evaluación volveríamos a aplicar las escalas que se utilizaron en la valoración, con ellas veríamos que el paciente presentaría puntuaciones más altas tras llevar a cabo el plan de cuidados estandarizado.

CONCLUSIONES

Los pacientes afectados por un ictus presentarán, en muchos casos, un variable grado de afectación motora o sensitiva. La afectación motora es la mayor responsable de que la persona se vea incapacitada para realizar actividades básicas de la vida diaria que antes del episodio de ictus podía realizar sin ningún problema. Este gran cambio en su vida es la principal razón de la necesidad de cuidados, lo que implica un alto grado de dependencia de terceros.

Con la elaboración de este plan de cuidados, se pretende que los profesionales de enfermería tengan una herramienta de apoyo que les pueda ser de ayuda a la hora de tratar con pacientes afectados por el ictus que se encuentran en el momento de afrontar el proceso de su rehabilitación.

Aunque sea haya realizado un plan de cuidados estandarizado hay que tener en cuenta al paciente de forma individual, con lo que nos aseguraremos una atención correcta y de calidad en dependencia de las características de cada paciente, según las necesidades que tenga alterada la persona. Por tanto, la realización de este plan de cuidados es una base para la elaboración de un plan de cuidados individualizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. E. Martínez-Vila, M. Murie Fernández, I. Pagola , P. Irimia. Enfermedades cerebrovasculares. Medicine. 2011 Junio; 10(72): p. 4871-4881.
2. Mora, S, Perez, P. (2009) Ischemic tolerance in stroke treatment. Expert Review of Cardiovascular Therapy. 2009 Oct; 7(10): 1255-1261. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881628/>
3. Fernández Nieto MI, Herrera López JL, Venegas B, Guadalupe Núñez SV, Martínez Ruiz TA. ACV Isquémico en paciente geriátrico. Paraninfo Digit [Internet]. 2013;83(1):1-11. Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n24/pdf/083.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. The atlas of heart disease and stroke. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
5. Organización Mundial de la Salud. Preventing chronic diseases: a vital investment: global WHO report (2005) Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf
6. Medrano Alberio MJ, Boix Martínez R, Cerrato Crespán E, Ramírez Santa-Pau M. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. Revista Española de Salud Pública. 2006; 80(1): 5-15.
7. Murie-Fernández M, Irimia P, Martínez-Vila E, John Meyer M, Teasell R. Neurorrehabilitación tras el ictus. Neurología [Internet]. 2010;25(3):189-96. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-4853\(10\)70008-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-4853(10)70008-6)
8. Canca, Miguel Ángel. Aportación de Enfermería en el abordaje de los pacientes con ictus agudo. Evidentia. 2016 ene-mar; 13(53). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/evidentia/n53/ev5301.php>

9. Gállego J, Herrera M, Jericó I, Muñoz R, Aymerich N, Martínez-Vila E. El ictus en el siglo XXI: Tratamiento de urgencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2008; 31: 15-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200003&lang=pt
10. Rodríguez Campello A, Cuadrado Godia E, Giralt Steinhauer E, Rodríguez Fernández E, Domínguez A, Romeral G, et al. Detección de ictus intrahospitalario: Evaluación de resultados de un programa de formación y entrenamiento a personal médico y de enfermería. *Neurología [Internet]*. 2015;30(9):529–35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314001431>
11. Ustrell-Roig X, Serena-Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. 2007;60(7):753–69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13108281>
12. Lalive PH, Mayor I, Sztajzel R. The role of blood pressure in lacunar strokes preceded by TIAs. *CerebrovascDis*. 2003; 16: 88–90
13. Navarrete Navarro P, Pino Sánchez F, Rodríguez Romero R, Murillo Cabezas F, Jiménez Hernández MD. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. *Med Intensiva [Internet]*. 2008;32(9):431–43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n9/puesta_al_dia.pdf
14. González Hernández A, Fabre Pi O, Cabrera Naranjo F, López Veloso AC. Trombólisis intravenosa con activador tisular del plasminógeno recombinante en los síndromes de alarma vascular. *Neurología [Internet]*. 2014;29(6):334–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2013.07.005>
15. Duarte E, Alonso B, Fernández MJ, Fernández JM, Flórez M, García-Montes I, et al. Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 2009. *Rehabilitacion [Internet]*. 2010;44(1):60–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712009000139>

16. Herdman TH. Diagnósticos enfermeros (NANDA): definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
17. Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meridean L., Swanson Elizabeth. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. Quinta edición. Elsevier. Barcelona. 2013
18. Bulechek Gloria M., Butcher Howard K, Dochterman Joanne M., Wagner Cheryl M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Sexta edición. Elsevier. Barcelona 2013.
19. Mohedano AMI, Pastor AG, Osorio JAV, Núñez ACG. Protocolo de atención del ictus en Urgencias. Med [Internet]. 2015;11(89):5343-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.10.019>
20. Solís C, Arriola S, Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plast y restauración neurológica [Internet]. 2005;4:1-6. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2l.pdf
21. Domínguez A, González D, Núñez R, López S, Gómez I, López S. Inclusión de la Escala Neurológica del National Institute of Health (NIHSS) en la clínica de la Unidad de Ictus del Hospital del Mar. Rev Científica la SEDENE [Internet]. 2009;30:15-21. Disponible en: <http://www.sedene.com/>
22. Kobak, K. A. Hamilton Depression Rating Scale. In The Corsini Encyclopedia of Psychology. En: B. Weiner and W. E. Craighead. 2010. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/9780470479216>
23. Teasdale G, Kril-Jones R, van der Sande J. Observer variability in assessing impaired consciousness and coma. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1978;41(7):603-610. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC493103/>

ANEXOS

ANEXO 1 (FACTORES DE RIESGO)

TABLA 3

Factores de riesgo de ictus hemorrágicos

Factor de riesgo	Hemorragia cerebral	Hemorragia subaracnoidea
Edad	++	+
Sexo femenino	—	+
Raza/etnia	+	+
Hipertensión	++	+
Tabaquismo	?	++
Consumo excesivo de alcohol	++	?
Anticoagulación	++	?
Angiopatía amiloide	++	0
Anticonceptivos orales	0	?
Hipocolesterolemia	?	0

++: fuerte evidencia; +: evidencia directa moderada; —: evidencia inversa moderada; ? : evidencia dudosa; 0: no hay relación.

Tomada de: Sacco RL et al⁴².

TABLA 2

Factores de riesgo del ictus isquémico

No modificables	Bien documentados	Menos documentados
Edad	Hipertensión arterial	Obesidad
Sexo	Tabaquismo	Síndrome metabólico
Raza	Diabetes mellitus	Consumo de drogas
Nivel sociocultural	Dislipidemia	Alcoholismo
Localización geográfica	Estenosis carotídea	Apnea obstructiva del sueño
Factores hereditarios	Fibrilación auricular	Anticonceptivos orales
	Otras cardiopatías	Migraña
	Endocarditis infecciosa	Hiperhomocisteinemia
	Estenosis mitral	Elevación de la Lp(a)
	Infarto miocárdio reciente	Estados inflamatorios e infecciones
	Anemia de células falciformes	Estado de hipercoagulabilidad
	Terapia hormonal	
	Ictus isquémico o AIT previo	
	Sedentarismo	
	Factores dietéticos	

Modificada de Martí-Vilà et al⁴, Goldstein LB et al²³, Fuentes B et al⁶².

Fuente: E. Martínez-Vila, M. Murie Fernández, I. Pagola , P. Irimia. Enfermedades cerebrovasculares. Medicine. 2011 Junio; 10(72): p. 4871-4881.

ANEXO 2 (ESCALAS DE VALORACIÓN)

ANEXO 2.1. ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

0	Sin síntomas	
1	Sin incapacidad importante	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2	Incapacidad leve	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3	Incapacidad moderada	Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma (p. ej. necesitando alguna ayuda).
4	Incapacidad moderadamente severa	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua (p. ej. incapaz para atender sus necesidades personales sin asistencia).
5	Incapacidad severa	Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche.
6	Muerte	

Fuente: Programa de atención a pacientes con ictus en el sistema de salud de Aragón.

ANEXO 2.2. ÍNDICE DE BARTHEL

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Alimentación	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Baño	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Aseo personal	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Control anal (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Control vesical (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidar de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Manejo en el inodoro	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Desplazamiento silla/cama	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Subir escaleras	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Fuente: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Madrid, 2009.

ANEXO 2.3. ESCALA DE NIHSS

Escala NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale.		Fechas/hora:									
1a. Nivel de conciencia	Alerta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Somnolencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Obrubilidad	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Coma	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
1b. Nivel de conciencia Preguntas verbales	Ambas respuestas son correctas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Una respuesta correcta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	¿En qué mes vivimos? ¿Qué edad tiene?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1c. Nivel de conciencia. Órdenes motoras	Ambas respuestas son correctas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Una respuesta correcta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1.Cierre los ojos, después ábralos. 2.Cierre la mano, después ábrala.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2. Mirada conjugada (voluntariamente o reflejos oculocefálicos, no permitidos oculo vestibulares)	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Paresia parcial de la mirada	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Paresia total o desviación forzada	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Si lesión de un nervio periférico: 1 punto.											
3. Campos visuales (confrontación)	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Si ceguera bilateral de cualquier causa: 3 puntos.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si extinción visual: 1 puntos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ceguera bilateral	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Paresia facial	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Paresia leve (asimetría al sonreír.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Parálisis total de músc. facial inferior	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Parálisis total de músc facial superior e inferior.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5. Paresia de extremidades superiores (ES)	Mantiene la posición 10".	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Claudica en menos de 10" sin llegar a tocar la cama.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Debe levantar el brazo extendido a 45° (decúbito)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	ó a 90° (sentado). No se evalúa la fuerza distal	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Se puntúa cada lado por separado.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
6. Paresia de extremidades inferiores (EI)	Mantiene la posición 5".	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Claudica en menos de 5" sin llegar a tocar la cama.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Debe levantar la pierna extendida y mantener a 30°.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Se puntúa cada lado por separado.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
		9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
7. Ataxia de las extremidades.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dedo-nariz y talón-rodilla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si déficit motor que impida medir dismetría: 0 pt.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8. Sensibilidad.	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Si obrubilado evaluar la retirada al estímulo doloroso.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si déficit bilateral o coma: 2 puntos.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. Lenguaje.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Si coma: 3 puntos.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si intubación o anartria: explorar por escritura.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10. Disartria.	Afasia grave, no posible entenderse.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Afasia global o en coma										
	Si afasia: 3 puntos										
11. Extinción-Negligencia-Inatención.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve, se le puede entender.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Grave, ininteligible o anartria.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Intubado. No puntúa.	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
TOTAL											

Fuente: AMN Asociación Madrileña de Neurología. [sede Web] [Consultado el 1 Mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.amn-web.com/>

ANEXO 2.4 TEST DE HAMILTON

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos denerales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2.5 ESCALA DE GLASGOW

Respuesta ocular		
Espontánea	4	
A estímulos verbales	3	
Al dolor	2	
Ausencia de respuesta	1	
Respuesta verbal		
Orientado	5	
Desorientado/confuso	4	
Incoherente	3	
Sonidos incomprensibles	2	
Ausencia de respuesta	1	
Respuesta motora		
Obedece ordenes	6	
Localiza el dolor	5	
Retirada al dolor	4	
Flexión anormal	3	
Extensión anormal	2	
Ausencia de respuesta	1	

Puntuación: 15 Normal
< 9 Gravedad
3 Coma profundo

Fuente: Protocolo hospital general universitario Gregorio Marañón.

ANEXO 2.6. ESCALA CANADIENSE

Estado mental		
	Nivel de conciencia	
	Alerta	3
	Obnubilado	1,5
	Orientación	
	Orientado	1
	Desorientado o no aplicable	0
	Lenguaje	
	Normal	1
	Déficit de expresión	0,5
	Déficit de comprensión	0
Funciones motoras. Sin defecto de comprensión		
	Cara	
	Ninguna	0,5
	Presente	0
	Brazo proximal	
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
	Brazo distal	
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
	Pierna	
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
Respuesta motora. Defecto de comprensión		
	Cara	
	Simétrica	0,5
	Asimétrica	0
	Brazos	
	Igual	1,5
	Desigual	0
	Piernas	
	Igual	1,5
	Desigual	0
Puntuación total		

Fuente: Grupo de ictus sociedad valenciana de neurología.